

## EPISODE 33. DIALOGUES : UNE CONVERSATION AVEC OLUSOJI ADEYI

*Traduction de la version française par Trint. L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.*

**Olusoji Adeyi** [00:00:02] La dynamique du pouvoir est évidente dans la santé mondiale d'aujourd'hui. Dans certains milieux politiques et par le biais de variantes délétères de l'assistance technique, certaines tendances contemporaines persistent dans le discours sur ce qui est bon pour les autochtones. Ils reprennent les affirmations de certains dirigeants et institutions du Nord quant à ce dont les pays du Sud ont besoin pour lutter contre la COVID-19, indépendamment de ce dont les dirigeants et les institutions des pays du Sud affirment avoir besoin. Ils déterminent une grande partie des dysfonctionnements des systèmes de développement pour la santé. La santé mondiale a donc vu le jour avec des malformations congénitales majeures qui ne sont toujours pas corrigées. Les anomalies persistent en partie parce que leurs diagnostics définitifs sont troublants. Ils perdurent parce que leur traitement définitif nécessite des changements majeurs dans les récits, les structures et les fonctions dominants qui légitiment le statu quo.

**Garry Aslanyan** [00:01:10] Bienvenue sur Dialogues. Je suis Garry Aslanyan. Il s'agit d'une série spéciale du podcast Global Health Matters. Dans cette série, je vais dévoiler certaines des chambres d'écho qui existent en matière de santé mondiale. Pour m'aider dans cette quête, j'ai invité des personnes attentionnées et curieuses de différents horizons. Chacun d'entre eux a exploré et écrit sur les problèmes de santé mondiale sous différents angles disciplinaires. J'espère que cette série de dialogues vous donnera, à vous les auditeurs, l'occasion et l'espace nécessaires pour sortir de votre routine quotidienne et envisager les problèmes de santé mondiale sous un angle différent. Alors commençons.

**Garry Aslanyan** [00:01:53] Dans cet épisode de notre série de dialogues, je suis rejoint par Olusoji Adeyi. Olusoji, ou Soji comme il est mieux connu, est un praticien nigérian chevronné de la santé mondiale qui a occupé de nombreux postes de direction importants. Sur la base de son expérience acquise dans différentes initiatives, pays et organisations, il a pris son stylo sur du papier pour consigner ses observations, ses réflexions et ses leçons pour la prochaine génération. Dans son livre, *Global health in practice : Investing amid pandemics, denial of evidence and neo-dependence*, Soji rassemble des études de cas réelles sur des questions telles que l'aide au développement, l'accès aux médicaments et la participation communautaire. Soji est présidente de Resilient Health Systems et associée principale à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Il vit actuellement à Washington, DC aux États-Unis. Bonjour Soji. Comment allez-vous aujourd'hui ?

**Olusoji Adeyi** [00:02:58] Je vais très bien, merci Garry. Comment allez-vous ?

**Garry Aslanyan** [00:03:00] Bien. Merci. J'attends avec impatience notre dialogue d'aujourd'hui. Soji, avant l'enregistrement, tu m'as dit que ton parcours dans le domaine de la santé avait commencé très tôt lorsque ton père extrayait un ver de Guinée de la jambe d'un membre de la communauté locale, là où tu vivais au Nigeria. Comment cette expérience a-t-elle façonné et inspiré votre carrière ?

**Olusoji Adeyi** [00:03:26] Garry, merci de m'avoir invité dans cette émission. J'ai grandi dans une petite ville du Nigeria. C'est Oyo. Oyo est le pays de Shango, le dieu du tonnerre, et mon père, qui était infirmier, je l'ai vu extraire le ver de Guinée de la jambe d'un patient. À cette époque, je pense que j'avais probablement sept ans environ. À l'époque, l'impression que cela m'a laissée n'était qu'une

impression d'horreur, de douleur et le gars, ça avait l'air si grave. Avec le recul, et maintenant plusieurs décennies plus tard, je pense que mon expérience et certaines expériences connexes ont influencé et façonné ma propre attirance pour la médecine, la santé publique et, surtout, ma curiosité constante quant à la manière d'améliorer le sort des pauvres et à la manière d'accéder aux services, aux systèmes de santé et au financement. Il est particulièrement important de toujours se poser la question suivante : comment cela affecte-t-il ceux qui n'ont actuellement pas accès aux services de santé de base ? En quoi cela améliore-t-il leur vie ? Cela fait partie de la trajectoire.

**Garry Aslanyan** [00:04:46] Vous avez indiqué que le livre que vous avez écrit était un livre que vous auriez aimé lire quand vous aviez environ 25 ans. Je dois dire que certaines des choses dont nous parlerons aujourd'hui ont également eu une réaction similaire en disant : « J'aurais aimé le savoir plus tôt ». La question qui vous est posée est donc de savoir ce qui vous a motivé à l'écrire et comment espérez-vous qu'il servira aux jeunes générations de personnes qui entrent dans le domaine de la santé mondiale et quel serait réellement leur principe directeur ?

**Olusoji Adeyi** [00:05:18] Après avoir terminé mes études de médecine et un bref passage en tant que médecin au Nigeria, j'ai obtenu une maîtrise en santé communautaire à la Liverpool School of Tropical Medicine en Angleterre. J'avais 25 ans à l'époque et c'était une expérience extraordinaire. L'enseignement dispensé là-bas et le professeur, directeur de mon département, était feu Ken Newell, auteur de *Health by the people*. Lorsque j'ai quitté ce programme, je me sentais dotée des bases nécessaires pour devenir une professionnelle sérieuse de la santé mondiale. J'étais également parfaitement consciente de ce que je ne savais pas. Cependant, avec le recul, j'aurais aimé avoir accès à un livre à mon chevet qui résumait le principe fondamental de la santé mondiale, comme on l'appelle aujourd'hui. Sa géopolitique. L'interface entre le pouvoir, l'argent, le savoir et les comportements institutionnels. J'étais au courant d'un certain nombre de questions à l'époque, mais il y a des choses que l'on apprend au fil des décennies et que l'on apprend de l'expérience. J'ai donc pensé que la contribution que je pouvais apporter pour placer la génération actuelle de jeunes de 25 ans dans une meilleure position que la mienne était de réfléchir et de partager avec eux du mieux que je pouvais ce que j'avais appris au cours des dernières décennies. Et comme l'a dit Toni Morrison, s'il y a un livre que tu souhaites lire et que tu ne le trouves pas, il est de ton devoir de l'écrire. D'où le livre « La santé mondiale en pratique ».

**Garry Aslanyan** [00:07:29] Soji, vous avez indiqué que vous êtes nigérian et que vous avez commencé votre carrière en travaillant là-bas, mais vous avez également vécu et travaillé pour des institutions internationales et vécu à l'étranger pendant une période importante de votre vie. Dans votre livre, comment maintenez-vous la tension entre les points de vue acquis dans le Sud, ou ce qu'on appelait le Sud, et ceux du Nord, ou vos autres expériences extérieures ?

**Olusoji Adeyi** [00:07:57] Je pense que j'ai la chance de pouvoir combiner ces points de vue. L'un informe l'autre. Parce que je suis née et que j'ai grandi dans un pays en développement, et que j'ai vécu dans d'autres pays en développement, j'ai une connaissance très directe et des expériences vécues de la façon dont les choses affectent de vraies personnes au quotidien. Et comme je vis également dans les pays du Nord, principalement en Europe et aux États-Unis, depuis des décennies, j'ai également un aperçu très direct de la dynamique sociopolitique et des réalités de ces sociétés. Et ces réalités influent sur la façon dont ils abordent ou ont choisi d'aborder la santé mondiale. Par conséquent, cette combinaison améliore ma propre capacité à étudier, analyser et comprendre comment et pourquoi la santé mondiale est ce qu'elle est. Mais surtout, proposer des solutions potentielles aux carences de la santé mondiale.

**Garry Aslanyan** [00:09:34] Vous avez décrit la nouvelle dépendance dans le Sud comme une pathologie, et peut-être comme une menace encore plus grave que l'héritage du colonialisme. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce point de vue ?

**Olusoji Adeyi** [00:09:50] Permettez-moi de commencer par citer un extrait de Jules César, Acte 1, Scène 3 de Shakespeare. « La faute, cher Brutus, n'est pas dans nos étoiles, mais en nous-mêmes, si nous sommes des subalternes ». Qu'est-ce que cela a à voir avec la santé mondiale ? Lorsque vous m'avez demandé ce que j'appelle la pathologie de la nouvelle dépendance, examinons ses principaux signes et symptômes. Le paramètre le plus fondamental est peut-être le réglage par défaut selon lequel, lorsqu'un problème survient, ceux qui ont été pris au piège ou ont choisi une nouvelle dépendance recherchent des solutions à l'extérieur au lieu de regarder à l'intérieur. Il y a quelques mois, j'ai eu une discussion avec de très, très hauts fonctionnaires d'un pays à revenu faible ou intermédiaire. C'était une conversation très sérieuse, et ces personnes étaient très bien informées. Mais lorsque nous sommes passés de l'analyse de la situation à ce qu'il fallait faire et à la manière de le faire, la première proposition d'un haut fonctionnaire était : « Eh bien, pourquoi ne pas confier cette question à une base particulièrement importante travaillant dans le domaine de la santé mondiale ? », car ils ont compris que le directeur de cette fondation pourrait être en mesure de les aider. La première réaction n'a donc pas été de savoir comment porter cette question à l'attention du ministère des Finances de ce pays en particulier, ou de la Commission parlementaire de la santé, ou similaire. Non, c'était pour regarder dehors, un bienfaiteur. C'est un signe très révélateur. En termes de dynamique politique, c'est l'absence de « pacte » entre le gouvernement et ses citoyens en matière de santé. C'est presque comme si le gouvernement n'avait pas à rendre compte à ses citoyens de ce qu'il a fait ou de ce qu'il fait en matière de santé. À cela s'ajoute le fait que de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure n'ont pas assumé la responsabilité du financement des services de santé de base. Dans certains pays à faible revenu et à revenu faible ou intermédiaire, par exemple, la majorité ou une grande partie des principaux services de leur pays sont financés par l'aide étrangère. Le Fonds mondial, Gavi, l'USAID ou d'autres entités ou ses attentes en matière de subvention ou de crédit de la part d'une banque de développement. Cela entraîne une modification du faible coût de la responsabilité, qui n'est plus le fait des capitales de ces pays elles-mêmes, mais des capitales du nord, ce qui conduit à ce que j'appelle une tendance à compter sur la gentillesse des étrangers. Les suivre mène à un comportement intériorisé, à un manque d'action et à un refus de prendre des initiatives. C'est toute cette complexité que j'appelle une nouvelle dépendance.

**Garry Aslanyan** [00:13:31] Et pensez-vous que si les gouvernements avaient conclu un meilleur « contrat » avec leur propre population en matière de santé, il y aurait moins de dépendance ?

**Olusoji Adeyi** [00:13:39] Oui Cela impliquerait toutefois de prendre ses responsabilités. Cela va de pair avec la responsabilisation, et il est beaucoup plus facile de blâmer des personnes extérieures que d'en assumer la responsabilité. Les deux vont donc de pair. Permettez-moi donc de partager avec vous un exemple précis. Ce que je vais partager avec vous, c'est que je l'ai vécu non pas dans un pays, ni dans deux pays, mais dans plusieurs pays. Il s'agit donc d'une variante de ce qui suit. Donc, si je demande à certains hauts fonctionnaires travaillant dans le domaine de la santé et du financement de la santé, écoutez, votre économie peut réellement soutenir davantage le financement national de vos propres services de santé de base. Pourquoi votre ministère des Finances, votre Sénat, votre Chambre des représentants ou votre Parlement n'interviennent-ils pas dans ce sens, de même que votre ministère de la Santé ? Et ce sont des gens très compétents. La réponse serait donc une variante de la suivante. Écoutez, nous ne sommes pas stupides, nous savons que nous n'avons qu'à ne rien faire, et ces Européens et Nord-Américains qui nous aiment plus que nous ne nous aimons nous-mêmes, qui collecteront plus de fonds, feront plus de ravitaillement sur CNN, BBC ou France 24, auprès de

milliardaires, d'anciennes stars du football, de stars de cinéma et de musiciens, et ils collecteront des fonds et le cycle se poursuivra. Il en résulte que les ressources intérieures se substituent dans une certaine mesure au financement extérieur. Et cette substitution se fait en deux parties ; elle est en partie quantitative, ce qui est simple : vous investissez de l'argent et le pays investira son propre argent ailleurs. Il est également qualitatif dans la mesure où les grandes décisions finissent par être prises principalement en dehors de ces pays eux-mêmes.

**Garry Aslanyan** [00:15:33] OK. Le livre contient donc un grand nombre de ces bonnes informations sur toutes ces questions et vous racontez l'histoire des investissements étrangers dans la santé et leur origine, et vous expliquez comment l'aide est toujours utilisée comme levier pour exercer parfois un pouvoir sur les nations. Vous pourriez peut-être donner un exemple à notre public de ce que vous entendez par là.

**Olusoji Adeyi** [00:16:01] Oui Je pense que celle qui a vraiment concentré les esprits parce que c'était à une si grande échelle et que cela a été fait dans le domaine public, est ce que le monde a vu au plus fort de la pandémie de COVID-19. Quelques personnes réunies à Davos ont esquissé sur une serviette ce qui allait devenir essentiellement une politique mondiale sur la manière de fournir des vaccins contre la COVID-19 et d'autres technologies aux pays à revenu faible et intermédiaire. Cette politique s'appelait ACT-A pour un accès accéléré aux technologies COVID. Et dans ce cadre se trouvait COVAX, qui était géré par Gavi. COVAX s'est concentré sur les vaccins. Dans certains cas, lorsque les dirigeants des pays africains, l'entité régionale, l'Union africaine, ont voulu acheter des vaccins au plus fort de la pandémie, les pays à revenu élevé ont accumulé ces vaccins et les pays africains ont été relégués dans une situation où ils ont dû attendre les dons. Désormais, si vous allez acheter une voiture, un ordinateur ou une paire de chaussures, vous êtes habilité en tant qu'acheteur. Mais si vous attendez que quelqu'un vous donne une voiture, une paire de chaussures ou un ordinateur, vous êtes privé de pouvoir et vous êtes à la merci du donateur. Et bien sûr, la COVID n'a pas été à la hauteur du battage médiatique. Si vous aviez des dirigeants responsables, ils reconnaîtraient cet échec et trouveraient des moyens de faire mieux. Mais les dirigeants de Gavi ont fait exactement le contraire en affirmant avoir élaboré un plan pour la distribution de vaccins aux personnes pauvres en cas d'urgence, ce qui était exactement le contraire de ce qui s'était passé. Maintenant, pourquoi est-ce important ? C'est un exemple de la façon dont l'énorme déséquilibre des pouvoirs conduit à des politiques, à des décisions et à des pratiques contraires aux intérêts des bénéficiaires potentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et comment, en fait, l'argument selon lequel les choses ont fonctionné alors que ce n'était pas le cas peut être consolidé. Il ne s'agit là que d'un exemple flagrant d'un phénomène généralisé.

**Garry Aslanyan** [00:18:29] C'est vrai. C'est vrai. Et une toute récente.

**Olusoji Adeyi** [00:18:33] Et une toute récente.

**Garry Aslanyan** [00:18:34] Écoutons un extrait de votre livre, Soji, sur les investissements dans la santé mondiale.

**Olusoji Adeyi** [00:18:42] L'asymétrie du pouvoir financier et institutionnel entre le Nord et le Sud amène trop souvent les entreprises du secteur de la santé mondiale à opter pour un réglage par défaut dans lequel le Nord établit les règles, joue le jeu et arbitre le jeu. Cela est fondamentalement mauvais, quelles que soient les bonnes intentions de l'une ou l'autre des parties. Le progrès exige à la fois une prise de conscience de soi et de l'humilité de la part des pays du Nord et une plus grande capacité d'affirmation de soi de la part des pays du Sud pour inverser la tendance. La base explicite de l'engagement devrait être l'intérêt des pays dont les politiques et les programmes sont en cours de

discussion. Il est très nécessaire de parvenir à des accords explicites sur les objectifs et les contrefactuels des politiques et des programmes.

**Garry Aslanyan** [00:19:40] Merci pour ça, Soji. Étant donné que tant de personnes dans le Sud dépendent des soins de santé, que cela a été élaboré et que des investissements ont été réalisés dans les pays du Nord, quels types de mesures et de stratégies sont nécessaires selon vous pour que les pays et les communautés puissent avoir une plus grande autonomie en matière de santé ?

**Olusoji Adeyi** [00:20:04] Un ensemble de mesures sont nécessaires, et elles sont ancrées dans la refonte de la dynamique du pouvoir existante en matière de santé mondiale. Soyons donc un peu plus précis. Le premier est la clarté de l'objectif. Cela peut sembler extrêmement évident et simple, mais en fait, j'ai souvent remarqué que le manque de clarté des objectifs constitue un problème fondamental en matière de santé mondiale. La deuxième consiste à utiliser les besoins, les réalités et les intérêts des « pays bénéficiaires des pays du Sud » comme point de départ de toute délibération. Troisièmement, l'accent est mis sur l'apprentissage. Trop souvent, c'est presque comme si les principaux acteurs de la santé mondiale résistaient à l'apprentissage, car un tel apprentissage peut menacer le statu quo, et lorsqu'il menace le statu quo, cela signifie qu'il menace le déséquilibre actuel. Il est donc éteint ou asphyxié. Alors, que faire ? Il est essentiel de remanier l'ancien paradigme de l'aide étrangère. Selon ce paradigme traditionnel, c'est le Nord qui prend la décision, les pays riches et les institutions, mais ce sont eux qui dominent, qui décident de ce qui doit être fait, de ce qui peut être accessible par qui et à quelles conditions. Concrètement, il est important de mettre fin à l'aide étrangère aux services de santé de base et aux produits et biens de santé de base. Il ne s'agit pas d'un appel à un arrêt brutal aujourd'hui, mais cela devrait être fait, disons d'ici 2030, soit sur une période de six à sept ans, afin qu'il y ait une date limitée en vue et qu'il y ait une transition, à l'exception uniquement pour les pays en guerre, car nous parlons alors de raisons humanitaires, ou de pays qui ont subi des catastrophes naturelles soudaines et dévastatrices. Ce seraient là des exceptions judicieuses. Il est alors crucial de mettre fin à la pratique de l'assistance technique telle que nous la connaissons actuellement, afin que l'aide fournie par le biais de l'assistance technique ne soit plus liée à la source de financement de cette assistance technique. C'est l'une des principales sources de distorsion de la santé mondiale et cela crée une forte demande de rente dans le domaine de la santé mondiale. Pour les pays qui insistent pour financer l'assistance technique, ils pourraient créer un fonds de soutien, et les pays bénéficiaires eux-mêmes seront chargés de rédiger le mandat des consultants qu'ils souhaitent, d'évaluer les propositions qu'ils reçoivent, puis de publier les résultats et les critères sur un site Web accessible à tous. Mais ce n'est pas parce que la Suède, le Canada, les États-Unis ou tout autre pays finance l'assistance technique que les particuliers ou les entreprises qui fournissent cette assistance technique doivent provenir de ces pays. Enfin, il est important de développer, d'améliorer et de soutenir les institutions essentielles à la mission de ces pays à revenu faible et intermédiaire inférieur, car c'est ce qui reste à faire. C'est ce qui existe à moyen et long terme. Et comme nous l'avons vu lors de la récente pandémie de COVID-19, c'est ce qui empêche ces pays d'être confrontés à des catastrophes absolues lorsque des problèmes surviennent.

**Garry Aslanyan** [00:24:02] Soji, tu as dit qu'il semble y avoir de la résistance à l'apprentissage. S'agit-il d'une résistance à l'apprentissage ou s'agit-il réellement d'une utilisation hiérarchique des connaissances ou de silos en matière de santé mondiale ? Que pensez-vous de ces défis ?

**Olusoji Adeyi** [00:24:19] Le changement n'est pas confortable, et les entités et les groupes d'intérêt qui bénéficient du statu quo s'y opposent. Permettez-moi donc de donner un exemple précis. Je suis un contribuable et un citoyen des États-Unis, je vais donc prendre un exemple qui est proche de chez moi. Je suis en train de parler avec vous depuis Washington, DC. L'un des exemples de mauvaises pratiques en matière de santé mondiale est le modèle économique de l'USAID. L'USAID achemine

essentiellement son argent par l'intermédiaire d'un groupe de sous-traitants basés à Washington ou dans les environs, ou principalement le long de la côte est des États-Unis. Ils se rendent ensuite dans les pays en développement pour développer des programmes. Maintenant, vous pouvez l'habiller comme vous le souhaitez, mais c'est la prémisse fondamentale. Les dirigeants successifs de l'USAID se sont plaints publiquement du caractère inapproprié de cette mesure. Pourquoi ? Parce que, fondamentalement, même s'ils n'ont pas voulu le dire aussi directement que je vais le dire, l'USAID semble avoir été créée non pas pour aider les pays en développement, mais pour aider à développer ces sous-traitants. OK ? Voici donc comment cela se passe dans la pratique. Il y a quelques années, une expérience, un programme multinational à grande échelle appelé Affordable Medicines Facility for Malaria, visait à faire baisser le prix des médicaments antipaludiques et à permettre aux habitants des pays touchés par le paludisme d'accéder rapidement à ces médicaments pour traiter le paludisme. Cela implique de subventionner les médicaments à la sortie de l'usine, puis de s'en sortir pour que les acheteurs des secteurs privé et public des pays puissent les obtenir directement auprès des fabricants, puis les faire passer par les chaînes d'approvisionnement existantes au sein des pays, tant privées que publiques. Cela a marché. Cela a été un franc succès. L'évaluation indépendante, qui a coûté au moins 10 millions de dollars américains, a été publiée dans *The Lancet* en novembre 2012, et cette expérience a été organisée par le Fonds mondial à Genève. Je dois dire, en toute transparence, que j'ai été le directeur fondateur de cette initiative. L'évaluation indépendante était donc très positive, mais il y avait un problème. Quel était le problème ? Si ce programme était poursuivi et étendu, le modèle commercial préféré de l'USAID fermerait ses portes. C'était une menace pour ce modèle et une menace pour les contrats de dizaines de millions de dollars que l'USAID distribuait à quelques contractants.

**Garry Aslanyan** [00:27:39] C'est vrai, c'est vrai. Je m'en souviens.

**Olusoji Adeyi** [00:27:41] L'USAID et l'Initiative présidentielle américaine contre le paludisme, baptisée US PMI, ont donc attaqué et miné sans relâche ce programme, l'AMFM, avant que l'évaluation indépendante du PMI américain, qui est du domaine public, ne déclare qu'ils le faisaient et qu'ils le compromettaient apparemment. L'USAID et la PMI américaine, par l'intermédiaire de la délégation américaine au Conseil d'administration du Fonds mondial, ont donc intimidé le Conseil du Fonds mondial pour qu'il mette fin à ce programme. Et ils l'ont fait d'une manière qui vous fera presque rire si ce n'était pas si tragique. Le Conseil a indiqué qu'il allait intégrer l'AMFM, leur programme, dans son modèle économique traditionnel. Maintenant, attends une minute. Il s'agissait du même modèle commercial traditionnel qui ne fonctionnait pas avant la conception de l'AMFM. Vous allez donc intégrer une réussite éclatante à un modèle médiocre, voire défaillant. C'est ce que j'appelle le refus d'apprendre. Il existe de nombreux autres cas, mais c'est un exemple typique du refus d'apprendre.

**Garry Aslanyan** [00:28:58] Merci pour ça. Soji, dans le cadre de notre saison actuelle et, espérons-le, de la saison prochaine également, nous espérons nous plonger dans la géopolitique de la santé mondiale. Vous en avez parlé dans votre livre sur la COVID. Selon vous, quelles sont les nouvelles menaces géopolitiques à l'avenir, comment peuvent-elles s'appliquer à la santé mondiale et quelles leçons pouvons-nous tirer de l'expérience de la COVID ?

**Olusoji Adeyi** [00:29:22] J'aimerais pouvoir dire que les effets de la géopolitique sur la santé mondiale vont diminuer, mais ce n'est pas le cas. Ce n'est pas nouveau, mais cela va continuer et, en fait, cela va s'amplifier pour plusieurs raisons. Premièrement, les fondements mêmes de la santé mondiale sont enracinés dans cette géopolitique, et je le détaille dans le livre, *La santé mondiale en pratique*. Ces racines découlaient de la volonté de préserver les investissements et de réduire les menaces qui pesaient sur les investissements à l'époque coloniale. Les premières écoles de médecine tropicale, comme on les appelait à l'époque, principalement en Europe, et non exclusivement, servaient

essentiellement d'aile sanitaire aux expéditions coloniales. Ils se fondent ensuite dans l'architecture de financement du développement de la santé qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, et lorsque vous fusionnez les entreprises technologiques intellectuelles avec l'argent, vous obtenez un énorme déséquilibre des pouvoirs. Maintenant, pour être clair, ce réseau d'écoles a eu de nombreux résultats positifs en matière de santé, de médecine, dans le monde entier. Ils ont formé des milliers de dirigeants. Nous devons donc vraiment le reconnaître. Il est également vrai que la diffusion, la combinaison de ce réseau de connaissances techniques avec l'argent, a, d'un point de vue géopolitique, compromis le développement dans les pays du Sud. Alors, que peut-on faire pour l'avenir ? Je pense que nous revenons à l'importance d'un accord partagé pour apprendre. Comment cela va-t-il se passer dans la pratique ? Cela signifie que les pays à revenu faible et intermédiaire eux-mêmes, malgré leurs propres contraintes budgétaires, investissent davantage dans leurs propres institutions nationales, sous-régionales et régionales, élargissant leurs propres capacités institutionnelles en matière d'apprentissage, de pratique et de partage des connaissances. C'en est une. Deuxièmement, les bailleurs de fonds extérieurs devraient mettre davantage l'accent sur le soutien à ces institutions. Maintenant c'est ennuyeux. Il n'est pas exagéré de dire que vous soutenez un si grand nombre d'instituts de santé publique, de politiques publiques ou de développement de laboratoires, etc. Ce n'est pas aussi beau qu'un ministre d'Amérique du Nord ou d'Europe qui prend l'avion pour le Népal, le Malawi ou le Nicaragua pour se faire photographier avec de jolis bébés bruns et apparaître ensuite sur la couverture de Newsweek ou du magazine Time. Ainsi, des entités telles que les instituts nationaux de santé publique et les centres nationaux de lutte contre les maladies, les centres régionaux de lutte contre les maladies, investissent dans la fabrication régionale, sous-régionale et souvent nationale de produits et de technologies médicaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure eux-mêmes, afin de ne pas trop dépendre de ce qui vient de l'extérieur. C'est ce qu'il va falloir pour passer de la situation actuelle à une situation meilleure. Je suis d'un optimisme incurable à cet égard, malgré les difficultés que j'ai décrites. Je crois sincèrement qu'un avenir meilleur est possible.

**Garry Aslanyan** [00:33:28] Une dernière question pour toi, Soji. Au milieu des nombreux défis auxquels est confronté le système de santé mondial, pensez-vous qu'il soit possible de réaliser cet idéal d'humanité partagée, un idéal dans lequel nous sommes tous concernés sur un pied d'égalité ?

**Olusoji Adeyi** [00:33:42] Oui Je pense qu'il est possible de concrétiser cette idée d'une humanité partagée, ou du moins de réaliser des progrès considérables dans cette direction. Les intérêts personnels individuels sont compréhensibles, mais nos besoins collectifs en tant qu'humanité sont primordiaux. Alors que nous sommes confrontés à ces défis de longue date et apparemment insolubles en matière de santé, nous devons également examiner la convergence de ces défis avec la très grande menace émergente du changement climatique, par exemple la très grande menace et la pollution de l'environnement. Tous ces éléments réunis soulignent un besoin primordial, à savoir l'importance de relever les défis pour le bien commun. Le bien collectif de l'humanité. Maintenant, je ne suis pas naïf. Je sais que les intérêts individuels se jouent au quotidien. Bien entendu, cela se comprend. Je sais que les intérêts nationaux se jouent au quotidien, ce qui entraîne des conflits, que ce soit sur le plan diplomatique ou sur tout autre front de conflit. C'est compréhensible. Cela dit, réaliser des progrès durables à grande échelle, améliorer l'équité dans l'accès aux services de base et garantir l'équité à tous les niveaux sont des idéaux auxquels nous devons continuer à aspirer et nous devons continuer à progresser. Je suis très optimiste quant à l'avenir, malgré les défis. Je suis très optimiste. Un avenir meilleur est possible.

**Garry Aslanyan** [00:35:41] Merci, Soji, de t'être jointe à moi aujourd'hui et d'avoir partagé tes idées et le livre que tu as écrit. Je vous souhaite bonne chance dans vos projets futurs.

**Olusoji Adeyi** [00:35:50] Merci beaucoup, Garry, de m'avoir invité dans cette émission. Cela a été un plaisir.

**Garry Aslanyan** [00:35:56] Dans un monde de plus en plus polarisé, il n'est pas fréquent de trouver quelqu'un qui possède la capacité de Soji à faire le pont entre de nombreux domaines de la santé mondiale et, plus particulièrement, à maintenir la tension entre des points de vue souvent considérés comme opposés. Sa capacité à réfléchir de manière critique avec recul, humilité et espoir donne un aperçu de l'état de la santé mondiale qui donne à réfléchir, tout en fournissant des conseils constructifs sur la manière d'aller de l'avant dans l'avenir. Dans son livre, Soji définit la santé mondiale comme la somme de l'apprentissage, de l'influence, de la mise en pratique et de l'application des connaissances et du savoir-faire pour améliorer les résultats sanitaires et les systèmes de santé à l'échelle mondiale. En discutant avec Soji, je me suis souvent surpris à réfléchir à la manière dont nous devrions aborder la santé mondiale de cette façon. Pussions-nous tous continuer à apprendre en écoutant davantage avant d'agir et en faisant passer notre humanité collective avant nos intérêts individuels.

**Garry Aslanyan** [00:37:02] Écoutons l'une de nos auditrices, Sheila Mburu, de Chatham House au Royaume-Uni.

**Sheila Mburu** [00:37:10] J'ai beaucoup apprécié les premiers dialogues de Global Health Matters avec Daisy Hernández, et j'ai particulièrement apprécié l'accent qu'elle a mis sur l'importance de pouvoir raconter l'histoire humaine en matière de santé mondiale. Cette histoire personnelle a également illustré les défis auxquels sont souvent confrontées les communautés minoritaires. Ainsi, grâce au partage, elle a donné une perspective vraiment personnelle et humaine à la maladie de Chagas, tout en articulant les défis plus généraux en matière de santé publique et les inégalités aux États-Unis. système de santé. Et je pense que nous devons devenir de meilleurs narrateurs en matière de santé publique. Nous avons l'occasion d'utiliser les compétences de personnes comme Daisy, qui peuvent développer ces compétences de communication dans le domaine de la santé publique et combler le fossé de communication entre les experts de la santé et le grand public. Parce qu'en réalité, c'est en racontant des histoires humaines que nous allons relier la science et la recherche à la vie des personnes touchées par des problèmes de santé publique et garantir l'efficacité des interventions.

**Garry Aslanyan** [00:38:04] Merci, Sheila, pour votre réflexion sur notre série Dialogues et pour avoir souligné la valeur que la narration peut apporter à la santé publique. Pour en savoir plus sur notre série Dialogue et le contenu de cet épisode, visitez la page Web de l'épisode où vous trouverez des lectures supplémentaires, des notes d'émission et des traductions. N'oubliez pas de nous contacter via les réseaux sociaux, par e-mail ou en partageant un message vocal avec vos réflexions sur cet épisode.

**Elisabetta Dessi** [00:38:37] Global Health Matters est produit par TDR, un programme de recherche basé à l'Organisation mondiale de la santé. Garry Aslanyan est l'animateur et le producteur exécutif. Lindi van Niekerk et Obadiah George sont producteurs techniques et de contenu. Priya Joy est la commissaire de la série Dialogues. L'édition des podcasts, les communications, la diffusion, la conception du Web et des réseaux sociaux sont rendus possibles grâce au travail de Maki Kitamura, Chris Coze, Elisabetta Dessi, Izabela Suder-Dayao et Chembe Collaborative. L'objectif de Global Health Matters est de créer un forum permettant de partager des points de vue sur les principaux problèmes liés à la santé mondiale. Envoyez-nous vos commentaires et suggestions par e-mail ou message vocal à [TDRpod@who.int](mailto:TDRpod@who.int), et assurez-vous de télécharger et de vous abonner à vos podcasts où que vous soyez. Merci de m'avoir écoutée.